

GUZY JAJNIKOWE

PODCZAS CIĄŻY A CIĘCIE LAPAROTOMIJNE

NAPISAŁ

PROF. DR ALEKSANDER ROSNER

W KRAKOWIE
W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO
1919.

Z KLINIKI POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEJ UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

GUZY JAJNIKOWE
PODCZAS CIĄŻY A CIĘCIE LAPAROTOMIJNE

NAPISAŁ

PROF. DR ALEKSANDER ROSNER

W KRAKOWIE

W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO

POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO

1919.

Osobne odbicie z »Przeglądu lekarskiego« 1919.





Guzy jajnikowe podczas ciąży a cięcie laparotomijne

napisał

Prof. Dr Aleksander Rosner.

Wybierając przy tej lub innej operacyi cięcie laparotomijne, mamy na myśli naprzód dobry dostęp do pola operacyjnego w jamie brzusznej, powtóre łatwość jego techniczną, po trzecie korzystne warunki zeszycia przeciętych warstw, a przez to wytworzenia blizny, któraby uniemożliwiała powstanie pooperacyjnej przepukliny. W przeciwstawieniu do chirurga, szukającego drogi do najrozmaitszych narządów jamy brzusznej, ginekolog obraca się na ograniczonym terenie, dążąc we wszystkich nieomal zabiegach do miednicy małej, a w każdym razie do dolnego odcinka brzucha. Choćby guz maciczny, jajnikowy, czy jajowodowy sięgał do wyrostka mieczykowatego, sama szypuła jego leży w dole i tam też przyjdzie wykonywać najważniejszą i technicznie najtrudniejszą część zabiegu. O ile guz taki nie da się pomniejszyć, cięcie ginekologa sięgać może wysoko ponad pępek; ale i w tych przypadkach schodzi ono na dół aż w okolice mięśni piramidalnych i spojenia łonowego. Naprawdę więc współzawodniczą z sobą w ginekologii dwa zasadniczo różne cięcia brzuszne, podłużne poprzez linię białą i poprzeczne t. zw· cięcie Pfannenstiela ponad spojeniem łonowem. Gdyby jedynym, wybór cięcia rozstrzygającym czynnikiem była myśl stworzenia wygodnego dostępu do pola operacyjnego, robiliśmy i dziś to samo, co Spencer Wells, wielki laparotomista minionych czasów, t. j. otwieralibyśmy jamę brzuszną zawsze w linii środkowej. Żadnem cięciem nie schodzi się tak nizko, jak tem, i żadne nie da się tak daleko ku górze przedłużyć, jak właśnie cięcie w linii środkowej. Dodajmy do tego łatwość jego techniczną i fakt, że właśnie idąc linią środkową unikamy spotkania się z naczyniami i nerwami, a zrozumiemy, dlaczego od czasu Spencera Wellsa cięcie to jest w ginekologii najpopularniejsze.

A przecież co do częstości przepuklin pooperacyjnych nie ma gorszego sposobu otwierania jamy brzusznej. Cięcie to psuje zespolenie powięzi mięśni brzusznych, tak misternie przez naturę splecione, że żaden szew nie potrafi przywrócić przeciętej linii

białej do »status quo ante«. Ale co gorsza, każde cięcie podłużne przecina powięzie pod kątem mniej lub więcej prostym do przebiegu włókien i do działania siły mięśni kurczących się, które więc, pracując, rozciągają zeszytą ranę. Na tę niezmiernie ważną okoliczność zwrócili uwagę Heusner i Sprengel i oni to słusznie domagają się, iżby cięcie brzuszne rozdzielało raczej włókna mięśni i powięzi idąc równolegle do ich przebiegu, niż przecinało je na poprzek. Temu zupełnie słusznemu wymaganiu czyni zadość cięcie poprzeczne Pfannenstiela, gdyż przecinamy niem rozcięgno (aponeurosis), leżące przed mięśniami prostymi mniej więcej równolegle do przebiegu włókien. To też każdy chyba operator, używający tego sposobu, spostrzedz musiał, że zespolenie rozcięgna szwem nie natrafia na żadne trudności i że nigdy nie zachodzi potrzeba przyciągania do siebie jego brzegów, tak, jak to nieraz się dzieje przy zeszywaniu cięcia podłużnego. Niestety cięcie poprzeczne Pfannenstiela stwarza niewielki dostęp do jamy brzusznej i może być użyte tylko tam, gdzie dostęp taki jest na pewne wystarczający i gdzie wykluczona jest potrzeba sączkowania jamy brzusznej przez powłoki.

Wszelkie próby ulepszenia cięcia laparotomijnego dla operacyi ginekologicznych okazały się nieodpowiednie. Wymieniam tylko cięcie pozaśrodkowe podłużne, idące przez mięsień prosty, cięcie podłużne prowadzone na zewnątrz od mięśnia prostego, cięcia podłużne myoplastyczne czyli kulisowe (Lennander), połączone z czasowem odsunięciem tego mięśnia na zewnątrz lub na wewnątrz i cięcie poprzeczne nad spojeniem przez całą grubość powłok brzusznych, a więc i przez obydwa mięśnie proste.

Zdać sobie musimy naprzód sprawę z tego, że im dalej na zewnątrz od linii środkowej poprowadzimy cięcie podłużne, tem wyżej leżeć musi dolny jego koniec wobec faktu, że więzadło Pouparta idzie od spojenia na bok i ku górze. Zwłaszcza u niektórych osób z mało rozłożystymi talerzami biodrowymi podnosi się to więzadło dość stromo ku górze. Naturalnie, im wyżej leży dolny koniec cięcia, tem trudniej jest operować na dnie miednicy. Poza tem dokładne obejrzenie przydatków macicznych, leżących po przeciwnej stronie, niż cięcie brzuszne, lub ewentualne zabiegi na nich mogą się okazać trudnymi, jeśli cięcie laparotomijne poprowadziliśmy daleko od linii środkowej. Każdy, kto przy sposobności wycięcia wyrostka robaczkowego (cięcie pararektalne lub kulisowe zewnętrzne) zbadać chciał stan przydatków lewych, mógł się przekonać o tych trudnościach. Odsunięcie na lewo hakiem tępym obu mięśni prostych i nietkniętej linii białej natrafia na silny opór.

Tak więc ginekolog używa i dzisiaj cięcia podłużnego w linii środkowej, mimo, iż stwarza ono skłonność do przepuklin lub znacznie od niego lepszego sposobu Pfannenstiela, tam, gdzie mały otwór w otrzewnej wystarczy.

A jednak są przypadki, w których oba te cięcia są nie-

odpowiednie. Mam tu na myśli guzy jajnikowe u kobiet ciężarnych, i to tylko te przypadki, w których guz nie leży w miednicy małej albo zagłębieniu pęcherzowomacicznem, tylko razem z rosnącą macicą podniósł się do wyższych piętr jamy brzusznej i znajduje się obok niej z boku. Operując te, nierzadkie zresztą, przypadki, musimy myśleć nietylko o dobrym dostępie do guza i jego szypuły, ale nadto i o tem, żeby macicy nie narazić na uraz mechaniczny, ani na oziębienie. Jest ze wszech miar pożądane dostać się do guza i podwiązać jego szypułę, a przytem nie dotknąć, a nawet nie widzieć ciężarnej macicy. Nizko na dół nie potrzebujemy cięciem schodzić, bo róg macicy, a z nim więzadła jajnikowe leżą ponad miednicą małą, z drugiej zaś strony musimy tu więcej, niż u innych chorych, unikać zniszczenia linii białej, gdyż bliznę czeka u tych osób rozciągnięcie w najbliższych miesiącach, które stać się może łatwo powodem przepukliny. Tak więc cięcie w linii środkowej nie okazuje tu tych korzyści, jakie w niem tak wysoko cenimy, a ze względu na niebezpieczeństwo przepukliny jest u tych właśnie osób jeszcze gorsze, niż u innych. Ale i cięcie Pfannenstiela nie jest tu odpowiednie; leży ono nizko i otwiera jamę otrzewną w linii środkowej, a więc ponad ciężarną macicą, której właśnie pragniemy oszczędzić urazu.

Nasuwa się myśl, że w tych przypadkach jest jednak wskazanem dostać się do jamy brzusznej cięciem pozaśrodkowem, poprowadzonem ponad guzem, który zwykle leży wyżej, niż dno macicy. W sześciu przypadkach użyłem cięcia myoplastycznego zewnętrznego i nabrałem przekonania, że stwarza ono doskonały dostęp do guza i nie naraża ciężarnej macicy na uraz. Na wysokości, na jakiej znajduje się guz na prawo lub lewo linii środkowej i bliżej zewnętrznego niż wewnętrznego brzegu mięśnia prostego, prowadzi się cięcie podłużne, odpowiednio długie przez skórę, tkankę podskórną i powięź przednią aż do mięśnia. Następnie, oddzielając powięź od mięśnia na zewnątrz, dochodzi się do brzegu m. prostego, poczem jednym większym lub dwoma małymi hakami tępymi odciąga się mięsień ku linii środkowej, odsłaniając leżącą pod nim powięź, którą wraz z otrzewną przecina się znów cięciem podłużnem mniej więcej w tej samej odległości od linii środkowej, w jakiej przecięto skórę. Guz pomniejszony lub niepomniejszony wytacza się na zewnątrz, przecina jego szypułę, podwiązując każde naczynie z osobna, przekrój szypuły pokrywa się otrzewną i zapuszcza do jamy brzusznej. Następuje szew otrzewnej z powięzią, leżącą pod mięśniem prostym, poczem zdejmuje się haki, odsuwające mięsień, który grubym swoim brzuścem pokrywa szew. Kończy się operacyę zeszyciem w piętrach powięzi przedmięśniowej i skóry, a jeśli osobnik jest otyły, to i tkanki podskórnej. Mięsień prosty oddziela teraz głębsze piętra szwu od powierzchownych, co przeciwdziała skutecznie wytworzeniu się przepukliny.

Cięcie to znane jest oddawna w chirurgii i związane tam z nazwiskami Jalaguiera i Lennandera. Wielu chirurgów używa go stale przy wycięciu wyrostka robaczkowego, inni natomiast czynią mu poważne zarzuty. Do tych ostatnich należy przedewszystkiem Sprengel, autor doskonałej pracy o fizyologicznem cięciu brzusznem. Główną wadą tego cięcia jest zdaniem Sprengla to, że idzie podłużnie, że więc przecina włókna powięzi pod kątem prostym do ich przebiegu. Zarzut ten jest zasadniczo słuszny, nie ulega jednak wątpliwości, że fakt, iż mięsień prosty nietknięty leży między piętrami szwów, zmniejsza w wysokim stopniu niebezpieczeństwo powstawania przepukliny. Przyciągnięcie do siebie brzegów otrzewnej i powięzi podmięśniowej i zeszycie ich bez napięcia nie natrafia tu na trudności, wobec faktu, że szyje się po usunięciu guza, a więc po zmniejszeniu zawartości jamy brzusznej. Zarzut drugi opiera się na pracy Assmyego o następstwach przecięcia nerwów ruchowych na tworzenie się blizny przy cięciach pozaśrodkowych. Mięsień prosty człowieka jest unerwiony przez nerwy międzyżebrowe od VI do XII włącznie. Nerw VI i VII, nie rozgałęziając się, wchodzą całym pniem w mięsień prosty, natomiast nerwy VIII, IX i X dzielą się w miejscu, gdzie żebro odgina się ku przodowi, na kilka gałęzi i już rozgałęzione dążą ku mięśniowi prostemu, przyczem pień nerwu główny idzie drogą najkrótszą, dolna zaś gałąź zstępuje ku dołowi i łączy się z następnym nerwem międzyżebrowym. Nerw XI. nie idzie już najkrótszą drogą ku mięśniowi, tylko skierowuje się ku dołowi i oddala się w ten sposób od nerwu X. Niedaleko od niego leży nerw XII, idący również na ukos ku dolnej trzeciej części mięśnia prostego. Nerwy biodrowopodbrzuszny (n. iliohypogastricus) i biodrowopachwinowy (ilioinguinalis), pochodzące ze zwoju lędźwiowego (pl. lumbalis), nie unerwiają wcale mięśnia prostego.

Otóż zarzut Assmyego, podtrzymywany przez Sprengla, polega na tem, że cięcie pozaśrodkowe, dążące do zewnętrznego brzegu mięśnia prostego, naraża te nerwy na przecięcie, a przez to mięsień prosty na zanik, ten właśnie mięsień, który tworzyć ma poduszeczkę (pelotę) i na którego jędrności i kurczliwości bardzo nam zależy. Wywody swoje oparł Assmy na jednym przypadku, spostrzeganym w klinice i na doświadczeniach, które robił na królikach. Z doświadczeń tych wynika w istocie, że po przecięciu jednego nerwu międzyżebrowego następuje zanik na pewnej przestrzeni mięśnia pomiędzy dwiema smugami ścięgnistemi. Czy z tych badań na królikach można wyciągać wnioski praktyczne dla operacyi na człowieku, jest więcej niż wątpliwe, wobec faktu, na który sam Assmy zwraca uwagę. Smugi ścięgniste dzielą u królika mięsień na wskroś i tworzą przez to niezawisłe od siebie metamery, z których każda unerwiona jest przez jeden nerw międzyżebrowy, natomiast u człowieka smugi ścięgniste nie idą na wylot, a przez to tkanka mięsna mimo

smug ścięgnistych tworzy jedną masę. Ponadto, jak wynika z badań Assmyego i z wywodów Raubera-Kopscha, nerwy międzyżebrowe człowieka łączą się między sobą, tak, że zapewne przecięcie jednego nie pociąga za sobą porażenia i zaniku tego kawałka mięśnia, który ten nerw unerwia.

Mimo to lepiej jest z pewnością żadnego z pni nerwowych nie przecinać. Udaje się to niekiedy, jeśli cięcie wypada nieco poniżej pępka pomiędzy X. a XI. nerwem międzyżebrowym; zresztą wielu chirurgów radzi oddzielić towarzyszące nerwowi naczyńka, podwiązać je, nerw zaś uruchomić i usunąć do góry lub na dół wedle potrzeby. U moich chorych albo nie zachodziła konieczność przecięcia nerwu, albo przecinałem jeden z nich. U żadnej nie spostrzegałem porażenia lub zaniku mięśnia prostego, tak, jak nie widziałem go nigdy u kobiet, u których usunięto wyrostek robaczkowy zapomocą cięcia myoplastycznego, przyczem przecięto zapewne XI nerw międzyżebrowy. Dość znaczną liczbę tych osób obserwowałem podczas porodu i połogu.

Na razie przeto zadowolniony jestem zupełnie z cięcia Jalaguier-Lennandera w przypadkach guzów jajnikowych u ciężarnych, a jeśli podaję te moje spostrzeżenia do wiadomości kolegów fachowych, to czynię to z tego powodu, że nawet w obszernych podręcznikach w ustępach, mówiących o sposobach operowania guzów jajnikowych u ciężarnych, niema wzmianki o cięciu myoplastycznem, które ma przecież tę niezaprzeczoną wyższość nad cięciem w linii białej, że nie odsłania macicy, stwarza do guza lepszy dostęp i chroni znacznie lepiej od przepukliny pooperacyjnej. Dodać tu pragnę, że warunki tworzenia się blizny u ciężarnej są uderzająco lepsze, niż u innych kobiet, co znajduje wyraz w wybitnie częstszem doraźnem gojeniu się ran powłok i w jędrności blizny, okazującej niekiedy nawet skłonność do przerostu, a co zapewne jest wynikiem wzmożonej życiowej energii tych tkanek i doskonałego unaczynienia.

Wreszcie jedna uwaga. Gdyby to cięcie podłużne miało się okazać niewłaściwem przez to, że jest wedle Sprengla niefizyologiczne, lub przez to, że wiedzie do zaniku mięśnia po przecięciu nerwu (Assmy), nie powróciłbym przecież do cięcia podłużnego w linii środkowej, ani Pfannenstielowskiego, u tych osób, u których guz leży wysoko i wyraźnie z boku. Poprowadziłbym wtenczas cięcie poprzeczne przez skórę i powięź przedmięśniową ponad największą wypukłością guza, oddzieliłbym tę powięź do góry i na dół od mięśnia prostego, odsunąłbym mięsień ten silnie ku wewnątrz i przeciąłbym znowu poprzecznie powięź podmięśniową i otrzewną — pomiędzy dwoma nerwami międzyżebrowymi. Przyszłoby przytem naturalnie do podwiązania tętnicy nabrzusznej dolnej i towarzyszących jej żył. Dla uzy-

skania szerszego dostępu należałoby w cięższych przypadkach poprowadzić cięcie na zewnątrz w brzuśce szerokich mięśni brzucha, przyczem trzebaby rozdzielać je ile możności wzdłuż przebiegu ich włókien. Przecięcie poprzeczne mięśnia prostego uważałbym za akt mniej właściwy.


